Modalités d'application des nouveaux articles 18 et 18-1 des Dispositions Générales de la NGAP

La convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie signée le 12 janvier 2005, approuvée par arrêté du 3 février 2005 publié au Journal officiel du 11 février 2005, a prévu la valorisation du rôle de médecin correspondant par la rémunération de l'avis ponctuel de consultant.

La réécriture du libellé de l'article 18 des dispositions générales de la NGAP prenant en compte les dispositions conventionnelles a fait l'objet d'une décision de l'UNCAM du 6 décembre 2005, publiée au Journal officiel du 5 avril 2006. Cette décision prévoit également, conformément à la convention, la création d'un article 18-1 portant sur les modalités particulières de la consultation pré-anesthésique. Et une décision du 27 avril 2006 de l'Uncam publiée au Journal officiel du 16 mai 2006 modifie, dans son article 2°, l'article 18 B pour les psychiatres.

Un groupe de travail issu de la Commission de hiérarchisation des actes professionnels a rédigé le mode d'emploi ci-dessous consensuel entre l'Assurance maladie et les médecins libéraux pour l'application de ces nouvelles dispositions.

Les textes de la convention en vigueur après l'arrêt du Conseil d'état, des décisions de l'UNCAM et de l'article III-3 des dispositions diverses de la CCAM sont annexés à ce mode d'emploi (*Cf.* annexes 1, 2 et 3).

MODE D'EMPLOI

Conditions de facturation d'un avis ponctuel de consultant (*cf.* annexes 1 et 2)

1) « Tout spécialiste »

Le C2 est accessible à tous les spécialistes quelle que soit leur filière de formation : anciens internes de CHU ou titulaires d'un certificat d'études spécialisées.

2) « Demande explicite »

Le C2 est applicable seulement si le patient est reçu sur **« demande explicite »** de son médecin traitant.

Exemples
- Le malade prend un rendez-vous auprès du médecin correspondant donnant un avis ponctuel de consultant avec une lettre de demande de consultation de son médecin traitant. Ceci correspond à la situation la plus courante.
- Le médecin traitant téléphone au consultant pour expliquer sa demande d'avis : ce cas de figure est possible.

Il est souhaitable que le médecin traitant expose par écrit sa demande d'avis au médecin consultant, l'objectif étant de valoriser la coordination entre le médecin traitant et le consultant. Toutefois cette demande écrite n'est pas obligatoire.
Quoi qu'il en soit, dans la lettre du consultant au médecin traitant, la notion d'adressage doit apparaître clairement.

3) **Adressage par le médecin traitant**

Le C2 est applicable au cabinet ou en établissement dès lors que la demande émane du médecin traitant.
Il s'agit du médecin traitant au sens de la convention médicale nationale.

Le médecin correspondant donnant un avis ponctuel de consultant peut également coter un C2 quand le malade est adressé par le **remplaçant** du médecin traitant ou son associé. En effet, la convention nationale prévoit dans son article 1.1.3 des dispositions particulières en cas d'indisponibilité du médecin traitant.
Pour un **patient en déplacement**, est considéré comme médecin traitant celui qui adresse le patient. Le spécialiste consultant doit alors adresser une copie de la lettre au médecin traitant déclaré. Il en est de même pour un **patient vu en urgence**.
Pour les **patients âgés de moins de 16 ans**, est considéré médecin traitant le praticien qui adresse le patient.

Le C2 n'est pas applicable quand le patient est adressé par un médecin autre que le médecin traitant. Le C2 n'est pas non plus applicable pour le patient âgé de 16 ans ou plus qui n'a pas désigné de médecin traitant.

4) **Ne pas avoir reçu le patient dans les 6 mois précédant la consultation et ne pas avoir à recevoir à nouveau le malade dans les 6 mois suivants**

Le médecin consultant ne doit pas avoir reçu le patient dans les 6 mois précédant la consultation pour la même demande. Il ne peut pas non plus coter C2 s'il donne un rendez-vous au patient pour une consultation dans les 6 mois qui suivent. Toutefois, si, de façon imprévisible, à l'occasion d'un événement intercurrent, un malade est amené à revoir le médecin consultant moins de 6 mois après un C2, celui-ci peut coter une CS mais non une C2.

Une exception est prévue dans le texte conventionnel pour un deuxième avis ponctuel de consultant par un spécialiste de la même spécialité et pour la même pathologie ; mais le médecin traitant doit en informer au préalable le contrôle médical de la caisse.

La cotation C2 ne permet donc pas de revoir le patient en consultation rapprochée dans un délai de moins de 6 mois, à l'exception des psychiatres et des neuropsychiatres qui bénéficient de dispositions particulières (*cf.* ci-dessous).

5) **Adresser au médecin traitant ses propositions thérapeutiques et lui laisser la charge d'en surveiller l'application**

Le médecin correspondant donnant un avis ponctuel de consultant ne donne pas de soins continus mais laisse au médecin traitant la charge de surveiller l'application de ses prescriptions. Il peut cependant faire une première ordonnance de mise en route du traitement ou de demande d'examens complémentaires.
Il adresse par écrit au médecin traitant ses conclusions ainsi que ses propositions thérapeutiques et de suivi.

DISPOSITIONS PARTICULIERES

Certains actes peuvent être associés au C2

Les honoraires des avis ponctuels de consultant ne se cumulent pas avec ceux d'autres actes effectués au dans le même temps sauf exceptions prévues à l'article III-3 des dispositions diverses de la CCAM (***cf.* annexe 3**).

Cependant le médecin spécialiste peut faire les actes techniques nécessaires à l'élaboration de son avis de consultant (par exemple une épreuve d'effort, une endoscopie…). Les résultats de ces actes techniques devront obligatoirement éclairer la conclusion de l'avis du consultant qui y fera référence dans son avis transmis au médecin traitant.

En revanche, le C2 n'est pas applicable dans le cadre d'une prise en charge protocolisée ou d'une séquence de soins.

1) Lorsqu'un rythme de consultations spécialisées est prévu dans une prise en charge protocolisée (soins itératifs) et que le patient vient consulter dans le cadre de ce protocole, une C2 ne peut être cotée.

2) Une C2 ne peut pas non plus être cotée en cas de séquence de soins nécessitant l'intervention successive de plusieurs intervenants sans passage par le médecin traitant (par exemple, médecin traitant, chirurgien, anesthésiste, cardiologue). Dans cette séquence, le médecin anesthésiste réanimateur ne peut noter une C2 que dans les conditions citées ci-dessous et le cardiologue ne peut coter une C2.

C2 des chirurgiens

La convention indique que, « s'agissant des chirurgiens bénéficiant de la cotation C2 définie à l'article 18 de la NGAP, les parties conviennent que leur intervention en troisième recours se cote dans les conditions actuelles, sous réserve d'un retour d'information au médecin traitant ».

Ceci signifie que la cotation C2 peut aussi être utilisée par le chirurgien lorsque le patient lui est adressé, non pas directement par le médecin traitant, mais par le spécialiste correspondant de ce médecin traitant.

La cotation C2 peut être utilisée quand c'est le même chirurgien qui pratique l'intervention sous condition d'un compte rendu écrit de cette consultation, adressé au médecin traitant, et le cas échéant également au spécialiste correspondant.

La cotation C2 de l'examen de consultant s'applique aussi lorsque l'intervention chirurgicale est pratiquée en urgence et entraîne l'hospitalisation du malade.

C2 des anesthésistes

L'avenant conventionnel n°6 repris par la décision de l'UNCAM du 6 décembre 2005 parue au Journal officiel du 5 avril (***cf* annexe 2 bis**) précise que, dans le cadre du parcours de soins coordonné, la consultation pré anesthésique peut donner lieu à une cotation C2 pour un patient dont l'état clinique est évalué au niveau 3 ou supérieur à 3 de la classification de l'American Society of Anesthesiologists (classification ASA).

Cette consultation donne lieu à un compte rendu écrit destiné au médecin anesthésiste qui pratiquera l'anesthésie opératoire, à l'opérateur ainsi qu'au médecin traitant. Ce compte-rendu figurera dans le dossier d'anesthésie du patient qui doit comprendre également les éléments médicaux ayant conduit à l'évaluation du score ASA du patient.

C 2,5 des psychiatres et neuropsychiatres

A titre dérogatoire, en cas de séquence de soins nécessaire pour établir l'avis ponctuel, le psychiatre ou le neuropsychiatre a la possibilité de revoir le patient une ou deux fois dans les semaines suivantes.

La première consultation sera cotée C 2,5 et les suivantes, dans la limite de deux consultations, seront cotées CNPSY (*Cf.* décision de l'Uncam du 27 avril 2006 publiée au Journal officiel du 16 mai 2006 – **annexe 2 ter**).

Les spécialistes qui ne réalisent pas d'actes techniques appartenant à des spécialités dites cliniques ne sont pas autorisés à coter une Cs en sus du C2 s'ils sont amenés à revoir le patient après examens complémentaires demandés afin de pouvoir exprimer leur avis circonstancié de correspondant.

ANNEXE 1

Texte conventionnel

(après l'arrêt du Conseil d'état du 30 novembre 2005)

Conformément à l'article 18 de la NGAP, le médecin correspondant rend un avis ponctuel de consultant lorsqu'il reçoit le patient à la demande explicite du médecin traitant, ne lui donne pas de soins continus mais laisse au médecin traitant la charge de surveiller de l'application de ses prescriptions.

Le médecin correspondant sollicité pour un avis ponctuel de consultant s'engage à adresser au médecin traitant ses conclusions et propositions thérapeutiques et de suivi.

Le médecin spécialiste peut faire les actes techniques nécessaires à l'élaboration de son avis ponctuel de consultant.

Le médecin traitant s'engage par ailleurs à ne pas solliciter, pour un patient donné, un avis ponctuel de consultant de même spécialité et pour la même pathologie, plus d'une fois par semestre ; dans le cas où il juge nécessaire de solliciter un nouvel avis ponctuel dans ce délai, le médecin traitant en informe dans le même temps le service du contrôle médical.

Annexe 2
Texte de l'article 18 - Consultation faisant intervenir deux médecins
Décision de l'Uncam du 6 décembre 2005 publiée au JO du 5 avril 2006

A - Consultation entre deux omnipraticiens

Consultation avec un confrère au cabinet d'un des deux praticiens :

- pour le médecin au cabinet duquel la consultation a lieu : C 1,5 ;
- pour le second médecin : V 1,5.

B - Avis ponctuel de consultant

Le médecin correspondant sollicité pour un avis ponctuel de consultant ne peut porter sur les feuilles de maladie les cotations prévues ci-dessous qu'à la condition de se conformer aux règles suivantes :

- ne recevoir le patient que sur demande explicite de son médecin traitant[1],
- ne pas avoir reçu le patient dans les 6 mois précédant la consultation
- adresser au médecin traitant ses propositions thérapeutiques et lui laisser la charge d'en surveiller l'application
- ne pas avoir à recevoir à nouveau le malade dans les 6 mois suivants.

Sauf exception prévue à l'article 11 A, les honoraires des actes de consultant ne se cumulent pas avec ceux d'autres actes effectués au cours de la même séance.

1) Médecins anciens internes d'un centre hospitalier régional faisant partie d'un centre hospitalier universitaire, médecins titulaires d'un certificat d'études spéciales ou d'un diplôme d'études spéciales et ayant obtenu à ce titre la qualification de spécialiste dans la discipline où ils sont consultés, agissant à titre de consultants, à la demande du médecin traitant :

   - consultation au cabinet du médecin spécialiste : C 2
   - visite au domicile du malade : V 2
   - consultation au cabinet d'un psychiatre, neuropsychiatre ou d'un neurologue : C 2,5
   - visite au domicile du malade par un psychiatre, neuropsychiatre ou par un neurologue : V 2,5

Conformément aux règles définies ci-dessus, ces cotations ne s'appliquent pas aux consultations réalisées dans le cadre de prises en charge protocolisées (soins itératifs) ou de séquences de soins nécessitant l'intervention successive de plusieurs intervenants sans passage par le médecin traitant.

2) Chirurgiens agissant à titre de consultants à la demande du médecin traitant ou d'un médecin correspondant du médecin traitant : C 2.

1-« On entend par médecin traitant le médecin déclaré comme tel par l'assuré de plus de 16 ans à sa caisse d'assurance maladie. Pour un patient de moins de 16 ans, le médecin traitant sera celui qui demande l'avis du consultant ».

3) Professeurs des universités - praticiens hospitaliers en activité dans ces fonctions, agissant à titre de consultant à la demande du médecin traitant ou d'un médecin correspondant du médecin traitant : C 3.

Annexe 2 bis
Décision de l'Uncam du 6 décembre 2005 publiée au JO du 5 avril 2006

Après l'article 18 est créé un article 18-1 (modalités particulières de la consultation pré-anesthésique) : « par dérogation à l'article 22 des dispositions générales de la NGAP et dans le cadre du parcours de soins coordonnés, défini dans le chapitre 1er de la convention médicale, la consultation pré-anesthésique définie aux articles D.712-40 et 41 du code la santé publique, peut donner lieu à une cotation C2 pour un patient dont l'état clinique est évalué au niveau 3 ou supérieur de la classification de l'American Society of Anesthésiologists (classification ASA). Cette consultation donne lieu à un compte rendu écrit destiné au médecin anesthésiste qui pratiquera l'anesthésie opératoire, à l'opérateur ainsi qu'au médecin traitant. Le dossier d'anesthésie comporte les éléments médicaux ayant conduit à l'évaluation du score ASA du patient ».

Annexe 2 ter
Extrait des modifications de l'article 18 B pour les psychiatres
Décision de l'Uncam du 27 avril 2006 publiée au JO du 16 mai 2006

…« ne pas avoir à recevoir à nouveau le malade pendant les 6 mois suivants excepté pour les psychiatres ou neuropsychiatres qui peuvent, en cas de séquence de soins nécessaire, revoir le patient une ou deux fois dans les semaines suivant cet avis ponctuel »…
La première consultation sera cotée C 2,5 et les suivantes, dans la limite de deux consultations, seront cotées CNPSY ».

ANNEXE 3 : dispositions diverses de la CCAM : article III-3

Les actes techniques effectués dans le même temps qu'une consultation ne sont pas cumulables.

« Par dérogation à cette disposition, sont autorisés :

a) le cumul des honoraires de la radiographie pulmonaire avec ceux de la consultation, pour les pneumologues,

b) le cumul des honoraires de la consultation, donnée par un médecin qui examine un patient pour la première fois dans un établissement de soins avec ceux de l'intervention qu'il réalise et qui lui fait immédiatement suite, lorsque cette intervention est pratiquée en urgence et entraîne l'hospitalisation du patient,

c) le cumul des honoraires de l'électrocardiogramme avec ceux de la consultation ou de la visite… »